Aus dem St. Vinzenz-Hospital in Ahlen i. Westfalen.
(Oberarzt: Dr. Fr. Hercher).

Ein Fall von Pancreas annulare.

Auszug
aus der
Inaugural-Dissertation
zur
Erlangung der Doktorwürde
in der
Medizin, Chirurgie und Geburtshilfe.

Mit Genehmigung der medizinischen Fakultät
der
Vereinigten Friedrichs-Universität Halle-Wittenberg

R. UNIV. BIBLIOTHEEK LEIDEN

vorgelegt von
OTTO HERCHER
aus Nordhausen a. H.

Tag der Promotion: 21. Juni 1921.

Halle a. S. 1922.

Verfasser berichtet über einen im Januar 1914 im St. Vinzenzhospital in Ahlen i. Westf. zur Operation gekommenen Fall von Pancreas annulare.

Frau A. D., 39 Jahre alt, III. para., Vater an Tbc., Mutter an Gallensteinleiden gestorben. Als Kind stets „schwachen Magen" gehabt. Vom 16. Lebensjahre an stärkere Beschwerden: Sodbrennen, Magenschmerzen und hartnäckige Verstopfung. Mit 29 Jahren starke Abmagerung. Von 1909 an tritt häufiges, kopiöses Erbrechen von unverdauten Speisen, die mehrere Tage zuvor genossen sind, auf. Dabei viel saueres Aufstossen und Magenkrämpfe. Aus Angst vor den Schmerzen geringe Nahrungszufuhr und immer stärker werdende Abmagerung. Seit 1 Jahr starkes Durstgefühl bei gering bleibender Urinmenge trotz reichlicher Flüssigkeitszufuhr

Die blasse Patientin ist stark abgemagert, ihr Körpergewicht beträgt 78 Pfund. Gesichtsfarbe grau, Haut trocken und schilferig. Knochenbau gracil. Brustkorb ungewöhnlich lang, die Rippenbögen sind stark gegeneinander zusammengepresst. Die Taille ist sehr lang, das Becken breit auslaufend: „Gastroptose-Typus".

Im Epigastrium deutlich sichtbare und fühlbare Pulsation der Aorta. Ausgesprochene Druckschmerzhaftigkeit im rechten Epigastrium fingerbreit oberhalb des Nabels und zweifingerbreit rechts von der Medianlinie. Dabei stete Klagen über Dauerschmerzen im linken Epigastrium. Das Pancreas ist durch die schlaffen Bauchdecken deutlich vergrössert zu tasten.

Die Magensaftuntersuchung ergibt 44 freie Salzsäure (n/10 Na OH) Gesamtacidität 74 (n/10 Na OH), dabei sind reichliche Schalenreste von am Abend zuvor genossenen Backpflaumen im Ausgeheberten.

Der Harn ist frei von Eiweiss und Zucker. Röntgendurchleuchtung ergibt Dilatation und abnormen Tiefstand des Magens. Kleine Curvatur 2 fingerbreit oberhalb der Symphyse, grosse Curvatur 3 fingerbreit unterhalb derselben. Magen vor dem Schirm gut in die Höhe zu schieben. Weitere eingehende Röntgenuntersuchung infolge Erbrechens nicht möglich. Am nächsten Tage sind geringe Spuren von Wismutbrei im Dünndarm zu sehen, im Magen ein grösserer Rest als sichelförmiger Schatten.

Patientin kommt mit der Diagnose: Ptosis und Dilatation des Magens infolge Verengerung am Ausgang (vielleicht infolge von Ulcus) zur Operation.

Operation am 15. I. 1914, ausgeführt von Oberarzt Dr. Fr. Hercher: Morphium-Chloroform-Aethernarkose. 9—10 cm langer Medianschnitt. Magen abnorm lang ausgezogen. Oberfläche spiegelglatt. Pylorus gut durchgängig. Die Pars horizontalis duodeni und

oberster Teil der Pars descendens duodeni über daumenbreit blau verfärbt. Daneben geringe Periduodenitis. Das Lumen der Dünndärme gleicht dem eines Kinderdünndarmes. Mesenterium abnorm fettarm, ebenso das Netz, dieses seidenpapierdünn.

An der Grenze der oberen Hälfte der Pars descendens duodeni verläuft quer über das Duodenum fort bis an dessen obersten Rand ein fingerdickes, breites Pancreasgewebsstück, fest an der Duodenalwand sitzend und das Duodenum komprimierend. Nach unten geht es in den unteren Lappen des in 2 Teile geteilten Pankreaskopfes über. Der obere Lappen ist viel schmaler als der untere. Das Gewebe der ringförmigen Pancreasbrücke ist härter als das der übrigen Drüse. Beim Versuch der Feststellung auf Durchgängigkeit dieses Duodenalabschnittes reissen das Duodenum oberhalb der Brücke und dieselbe selbst ein. Die starke Gewebsblutung wird durch Ligatur und Kompression gestillt. Das Loch im Duodenum wird sofort übernäht und eine Gastroenterostomia retrocolica posterior angeschlossen. Von einer Resektion des ringförmigen Pancreas wird bei dem schlechten Allgemeinbefinden der Patientin Abstand genommen. Verschluss und Suspension des Pylorus erfolgt mit dem Ligamentum teres hepatis nach Dr. Hercher. (Zentralbl. f. Chirurgie 1914, Nr. 44.) Die Pancreaswunde wird drainiert. Schluss der Laparotomiewunde geschieht durch Schichtnaht. Intravenöse Kochsalzinfusion, Wärmeapplikation und Tropfeinlauf. Der postoperative Verlauf erfolgt ohne jede Störung. Harn bleibt frei von Eiweiss und Zucker. Patientin steht am 14. Tage p. o. auf. Dauernd gutes Wohlbefinden. 8 Wochen p. o. ist eine Gewichtszunahme von 28 Pfund zu konstatieren. In der Rekonvaleszenz geringe Darmträgheit, sonst keinerlei Beschwerden. Im August 1916 wog die Patientin 142 Pfund und ist seitdem vollkommen arbeitsfähig.

Bisher sind von vollständigem Pancreas annulare 8 Fälle in der Literatur beschrieben worden. 2 davon sind operiert worden, die übrigen 6 sind zufällige Sektionsbefunde. P. Lerat operierte 1910 eine 46 jährige Frau, die seit ihrer Kindheit an Erbrechen, gastrischen Beschwerden und Circulationsstörungen litt. Seine Diagnose lautet auf chronische Pancreatitis, Cholecystitis und chronische Appendicitis. Bei der Operation fand Lerat die Pars descendens duodeni von einem 2 cm hohen, 1 cm dicken und 4 cm langen Pancreasgewebsstück umringt, welches von der Vorderfläche des Pancreaskopfes ringförmig um das Duodenum zur Hinterfläche des Pancreaskopfes zog. Lerat resezierte die Pancreasbrücke. Der Heilungsverlauf war ungestört, die Patientin nahm in 7 Wochen 9 Pfund an Körpergewicht zu, in weiteren $1^1/_2$ Monaten 28 Pfund. Lerat ist der Ansicht, dass die chronische Entzündung das Umwachsen des Pancreas um das Duodenum veranlasst habe, ähnlich wie beim ringförmigen Kropf.

Vidal operierte 1905 bei einem 3 Tage alten Kinde ebenfalls ein Pancreas annulare und führte eine Gastroenterostomia retrocolica posterior aus. Der Fall ging in Heilung aus.

Ecker (Freiburg 1862), J. Symington, Genersich (1890), Sandras (1897) fanden je einmal und Th. M. Lecco (1910) 2 Mal bei Leichen ein Pancreas annulare.

Häufiger als das vollständige Pancreas annulare sind Fälle, in denen der Pancreaskopf einen grossen Teil des Duodenums umfasst, dabei aber keinen geschlossenen Ring bildet. Auch in diesen Fällen ist das umschlossene Duodenum meist verengert, der oberhalb gelegene Teil auffällig erweitert und der Magen dilatiert.

Die Fälle von vollkommenem Pancreas annulare sind regelmässig mit einer mehr oder weniger ausgesprochenen Striktur des Duodenums combiniert. In dieser Combination liegt auch die praktische Wichtigkeit der vorliegenden Anomalie.

Verfasser geht dann auf die Entwicklungsgeschichte des Pancreas ausführlich ein. Das Pancreas annulare ist nicht die einzige Wachstumsanomalie des Pancreas. Zuweilen umwächst das Pancreasgewebe benachbarte Organe, wie die Vena portae, den Ductus choledochus und den Darm.

Nach Thyng ist die Umschliessung der Vena portae für Kaninchen und Schweine charakteristisch. Ein ringförmiges Pancreas hat Thyng bei einem 12 mm langen Schweineembryo beobachtet. Diese Beobachtung lässt vermuten, dass diese Anomalie sehr frühzeitig in der Entwicklung zustande kommt dadurch, dass die ventrale Pancreasanlage sowohl rechts als auch links von Duodenum dorsalwärts wächst. Verfasser lehnt die Ansicht Lerats über die Entwicklung des Pancreas annulare ab.

Die Ueberbrückung des in der Furche des Pancreaskopfes liegenden Ductus choledochus durch Pancreasgewebe ist nicht allzu selten.

Weitaus häufiger sind die Fälle von accessorischem Pancreas an der Vorder- und Hinterwand des Magens, im Duodenum, im obersten Abschnitt des Jejunum im Ileum und am Nabel.

Verfasser bespricht dann noch die topographische Anatomie des Pancreas und seine syntopischen Beziehungen zu deu Nachbarorganen, die Symptome und Diagnostik des Pancreas annulare und der Duodenalstenose. Auch hier hat sich die Röntgenuntersuchung als wertvolles und unentbehrliches Hilfsmittel erwiesen.

Zum Schluss beschreibt Verfasser die Entwicklung der Pancreaschirurgie und die verschiedenen Wege des operativen Vorgehens bei chirurgischen Pancreaserkrankungen.